

Geriatrik Sendromlar ve Bakım

Geriatric Syndromes and Care

Merve KIYMAÇ SARI*
Zehra DURNA**

ÖZET

Günümüzde sağlık ve teknoloji alanında yaşanan gelişmeler doğrultusunda yaşam beklentisi artmakta ve insanlar daha uzun yaşamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önümüzdeki yıllarda yaşlı nüfusun daha da artış göstereceğini öngörmektedir. Uzun yaşam beklentisi ve yaşlı nüfustaki artışın sağlık sistemi üzerinde de etkilerinin olması beklenmektedir. Özellikle ileri yaşlarda görülen, birçok farklı sebebe bağlı olarak gelişebilen, atipik semptomlarla seyreden, bireyin yaşam kalitesini azaltan, bağımlılık düzeyini arttıran ve mortaliteyi yakından etkileyen durumlar geriatrik sendrom (GS) olarak tanımlanmaktadır. GS'lerin erken tanınması, yaşlı bireyin yaşam kalitesini artırma, hastaneye yatışları azaltma, tedavi süresini kısaltma ve mortaliteyi önlemede önemli bir kriterdir. Sık görülen GS'ler arasında düşme, kırılabilirlik, polifarmasi, osteoporoz, sarkopeni, malnütrisyon, deliryum, inkontinans ve basınç yaraları yer almaktadır. Başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin GS'leri yakından bilmesi, önleme, erken tanı ve tedavi süreçlerinde etkin rol oynaması, hasta merkezli bir bakım planı oluşturarak uygulamaya koyması, bireyin ve yakınlarının ihtiyacına yönelik eğitimler planlayarak kendi sağlıklarını yönetmede aktif rol almalarını sağlaması yaşlı bireyin sağlığının sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin korunması açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Geriatri, Geriatrik Sendrom, Hemşirelik Bakımı, Düşme, Kırılabilirlik

ABSTRACT

At the present time, in line with the developments in the field of health and technology, life expectancy is increasing, and people are living longer. The World Health Organization (WHO) predicts that the elderly population will increase further in the coming years. Prolonged life expectancy and the increase in the elderly population are also expected to have effects on the health system. Geriatric syndrome (GS) is defined as the conditions that are seen especially in the elderly, can develop due to many different reasons, progress with atypical symptoms, reduce the quality of life of the individual, increase the level of addiction and closely affect mortality. Early diagnosis of GS is an important criterion in increasing the quality of life of the elderly individual, reducing hospitalizations, shortening the duration of treatment and preventing mortality. Common GSs include falling, frailty, polypharmacy, osteoporosis, sarcopenia, malnutrition, delirium, incontinence and pressure injuries. It enables all health professionals, especially nurses, to know GS closely, to play an active role in prevention, early diagnosis and treatment processes, to create a patient-centered care plan and implement it into practice, and to plan trainings for the needs of individual and their relatives and to take an active role in managing their own health is of great importance in terms of maintaining and maintaining the quality of life.

Key Words: Geriatrics, Geriatric Syndrome, Nursing Care, Falling, Frailty

Sorumlu Yazar:

Adı Soyadı: Uzman Hemşire Merve KIYMAÇ SARI
Adres: Uzman Hemşire, Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye
e-mail: merve.kiymacsari@demiroglu.bilim.edu.tr

* Uzman Hemşire, Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye

**Prof. Dr., Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Günümüzde yaşam beklentisi artmakta ve insanlar daha uzun yaşamaktadır. Dünya genelinde hem nüfus hem de yaşlı oranları artış eğilimindedir. 2015 yılında Dünya nüfusunun %12'si 60 yaş üzeri iken bu oranın 2050 yılında yaklaşık %50 oranında bir artış göstererek %22 olması beklenmektedir.⁽¹⁾ Türkiye'de 65 yaş üzeri nüfus 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 iken %22.5 artış göstererek 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555'e yükselmiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2020 yılı için %9.5'dir ve bu oranın 2080 yılında %25.6'ya yükseleceği öngörülmektedir.⁽²⁾

Geriatrik sendromlar, yaşlı bireylerde yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılığa ve bağımlılığa yol açabilen, mortalite ve morbiditeyi arttıran, semptomları atipik olduğu için hastalık kategorisine girmeyen klinik durumlardır.⁽³⁾

Yaşlı nüfustaki artışa bağlı olarak GS'ler giderek daha fazla önem kazanmaktadır.⁽⁴⁾ Uzamış yaşam süresi, GS'lerle ilişkili olarak morbid hastalıkları, hastane yatışlarını, sağlık harcamalarını ve buna bağlı olarak sosyal yükte artışı da beraberinde getirmektedir.⁽⁵⁾

Geriatrik sendromlar yaşam kalitesi ve fonksiyon kaybı ile yakından ilişkili olsa da belirtileri yaşlılığın doğal akışıyla uyumlu olduğundan tanı aşamasında gözden kaçabilmektedirler. Erken tanı konulması durumunda, hastalığın yükü, hastane yatışları ve maliyetler ciddi oranda azalmaktadır.⁽⁶⁾

Bu sebeple GS'lerin sağlık profesyonellerince özellikle hemşirelik bakım ve izlemi sürecinde tanınması, GS'lerin önlenmesi, tanınması ve tedavi edilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Geriatrik Sendromlar

Geriatrik sendromlar; genelde atipik semptomları olan, birçok sebebe bağlı olarak ortaya çıkabilen, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, mortalite ve morbiditeyi arttıran ileri yaşta görülen klinik durumlardır. Altta

yatan birden fazla faktör ve organla ilişkili olmaları sebebiyle hastalık tanımına tam olarak uygun olmadıkları için sendrom olarak ifade edilmektedirler.^(3, 6)

Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte GS'ler de sağlık alanında önemli bir konu olarak dikkat çekmektedir.⁽⁵⁾ Yapılan bir çalışmada, 60-69 yaş arası bireylerin %80'inde en az bir GS olduğu ve 80 yaş ve üzeri bireylerin %48'inde 4'ten fazla GS olduğu saptanmıştır.⁽⁷⁾

Geriatrik sendromların tanınmasında kapsamlı geriatrik değerlendirme yapmak önem taşımaktadır.⁽⁶⁾ Kapsamlı geriatrik değerlendirme; kırılğan yaşlı bireyin, uzun süreli bir takip ve tedavi planı geliştirmek amacıyla tıbbi, psikososyal ve fonksiyonel kapasitesini ve sınırlarını belirlemeye yönelik multidisipliner bir tanılama süreci olarak tanımlanmaktadır.⁽⁸⁾

GS'lerde erken tanı konulması durumunda, hastalığın yükü, hastane yatışları ve maliyetler ciddi oranda azalmaktadır.⁽⁶⁾

Düşme, kırılğanlık, polifarmasi, osteoporoz, sarkopeni, malnütrisyon, deliryum, inkontinans ve basınç yaraları sık görülen GS'ler arasında yer almaktadır.^(3, 5) Bu derlemede yaşam kalitesini en sık etkileyen üç GS'ye değinilmiştir. Bu kapsamda düşme, kırılğanlık ve üriner inkontinans ele alınmıştır.

Düşme

Düşme, yaşlı popülasyon içinde önemli bir halk sağlığı sorunudur. 65 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık üçte biri yılda bir kez düşmektedir.⁽⁹⁾ Amerika'da 2019 yılında acil servislere yaşlı bireyler tarafından 3 milyon kez başvuru olduğu belirlenmiştir. Düşme sebebi ile 34 bin yaşlı birey hayatını kaybetmiştir ve bu sayı ile düşmeler, yaralanmalara bağlı ölümler içinde ilk sırada yerini almıştır.⁽¹⁰⁾ Türkiye'de yaşlılarda düşmelerle ilişkili tez çalışmalarının incelediği bir çalışmada, ev ve huzurevi ortamındaki 65 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık üçte birinin düştüğünü ve hastanede yatan bireylerin de yarısının düşme riski taşıdığı saptanmıştır.⁽¹¹⁾

Düşmeler, yaralanma, fiziksel kapasitede azalma, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımlılık, yaşam kalitesinde azalma ve bakımevine yerleşme ihtiyacı gibi sonuçları beraberinde getirerek bireyin bağımsızlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Düşme sonucu gerçekleşen ciddi yaralanmalar ise bakım süresinin uzaması, hastaneye yatış, tedavi ihtiyaçlarının artması ve bunlara bağlı olarak artmış maliyetlere ve ölümlere sebep olmaktadır. Düşmenin yaşlı bireyler üzerinde, anksiyete, korku, özgüvende azalma gibi psikolojik sonuçları da olmaktadır.⁽¹²⁾

Düşme risk faktörleri; biyolojik, davranışsal, çevresel ve sosyoekonomik olmak üzere 4 başlık altında incelenmektedir. Yaş, cinsiyet, ırk, fiziksel, duyuşsal ve bilişsel fonksiyonlarda azalma biyolojik faktörler arasında yer almaktadır. Davranışsal faktörler, insan davranışları, duyguları ve günlük seçimlerinden oluşur ve değiştirilmeleri mümkündür. Örneğin çoklu ilaç kullanımı, alkol bağımlılığı, sedanter yaşam tarzı planlanan stratejik müdahaleler yoluyla değiştirilebilir. Çevresel faktörler, yetersiz aydınlatma, dar merdiven basamakları, kaygan zemin ve aydınlatma sorunları olarak örnekendirilebilir. Sosyoekonomik faktörler ise yetersiz barınma olanağı, düşük gelir düzeyi, düşük eğitim seviyesi, sağlık ve sosyal hizmetlere sınırlı erişim olarak sıralanabilir.^(13, 14)

Düşmeleri Önleme ve Hemşirelik Bakımı

Düşmelerin önlenmesi halk sağlığını koruma ve sağlık sisteminde oluşacak yükü önleme açısından önem taşımaktadır.⁽¹⁵⁾ Düşmeleri önlemeye yönelik stratejiler aşağıda sıralanmaktadır.

Egzersiz

Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Çalışma Grubu 2018 yılı önerilerinde düşme riski yüksek 65 yaş ve üzeri bireylerde düşmeleri önlemede egzersizin orta düzeyde faydası olduğunu belirtmektedir.⁽¹⁵⁾

Görme

Görme kusurları, denge, derinlik algısı, düşme korkusu gibi faktörlerle yakından ilişkili olduğu için yaşlı popülasyonda düşmeleri önlemede düzenli göz muayenesi önem taşımaktadır.⁽¹⁴⁾

Çevre Düzenlemesi

Düşmeye yol açabilecek çevresel faktörlerin belirlenerek uygun biçimde düzenlenmesi düşmeleri önlemede önemli ölçüde fayda sağlamaktadır. Kaymaz zemin kullanılması, yürürken takılmaya yol açacak halı olmaması, banyo ve tuvalette tutunmak için barlar olması gerekmektedir. Aydınlatmanın yeterli olması, geceleri aydınlatmanın sürdürülmesi ve elektrik düğmelerinin kolay erişilebilir olması önemlidir. Yatak ve koltukların seviyesi çok alçak ya da çok yüksek olmamalı ve oturulacak sandalyede kol dayama yerleri olmalıdır. Merdivenlerin tutunma yerlerinin olması ve basamaklarının uygun genişlik ve yüksekliğe sahip olması gerekmektedir. Yaşlı bireyin ayak numarasına uyan, ayağı sarsacak, kaymaz ayakkabı giymesi gerekmektedir. Uzun kıyafetler yürürken zorlanmaya neden olacağı için tercih edilmemelidir.^(12, 16)

İlaç Yönetimi

Yaşlı nüfusun artması ve tedavi planlamasında hastalık odaklı ilaç planlaması sebebiyle yaşlı bireyler arasında polifarmasiye sık rastlanmaktadır. İngiltere'de 60 yaş ve üzeri 5213 bireyle yapılan bir çalışmada katılımcıların üçte birinde polifarmasi olduğu gözlenmiş ve polifarmasinin yaşlı bireylerin izlendiği iki yıllık süreçte düşmelerle yakından ilişkili olduğu saptanmıştır.⁽¹⁷⁾

İlaç saatleri planlanırken uyku hali yapacak ilaçların gece, tuvalete gitmeyi gerektirecek ilaçların ise gündüz saatlerinde alınmalıdır. Yaşlı birey, yeni bir ilaca başlandığında yan etkiler yönünden birkaç gün yakından izlenmelidir. Yaşlı birey, hemşiresi tarafından ilaçların kullanımı, düşme riskini arttıracak ilaçların hangileri olduğu gibi konularda bilgilendirilmelidir.⁽¹⁴⁾ Düşmelere

yol açabilecek ilaçların mümkün ise kademeli olarak dozunun azaltılması ve kesilmesi tavsiye edilmektedir.⁽¹⁶⁾

D Vitamini

D vitamini eksikliği, yaşlı bireylerde kas atrofisi ve fonksiyonlarda azalma ile ilişkilendirilmektedir.⁽¹⁴⁾ 70 yaş ve üzeri yüksek riskli bireylerde 800 IU-2000 IU arası takviye alınması, düşük riski bulunan bireylerde de hekime danışılması önerilmektedir.⁽¹⁶⁾

Kalp Pili

İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence-NICE)'nin yaşlılarda düşmeleri önlemeye yönelik yayınladığı rehberde kardiyoinhibitör karotis sinüs hipersensitivitesi olan, açıklanamayan sebeple bayılan yaşlılarda kalp pili uygulamalarının düşünülmesi gerektiği belirtilmektedir.⁽¹⁸⁾

İnkontinans Yönetimi

İnkontinans yaşlı bireylerde sık gözlenmektedir. İnkontinans olan bireylerde tuvalete gitmeyi planlayarak boşaltımı yönetmenin düşmeleri önlemede rolü olduğu düşünülmektedir.^(16, 18)

Kırılgnlık

Kırılgnlık, azalmış fizyolojik rezerv ve strese karşı artmış hassasiyetle karakterize bir GS'dir. Güçsüzlük, yorgunluk, bitkinlik, yavaş yürüme gibi belirtilerle kendini gösteren azalmış fiziksel aktivite, metabolik işlevlerde bozulma ve kas kütlesinde azalma kırılgnlığın temel bileşenleri olarak kabul edilmektedir. Kırılgnlığı olan bireyler, düşme, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma, bilişsel kapasitede azalma ve mortalite açısından daha yüksek risk altındadırlar.⁽¹⁹⁾

Türkiye'de 65 yaş ve üzeri 111 bireyle yapılmış olan bir çalışmada, ileri yaş, düşük gelir ve eğitim seviyesi, devamlı ilaç kullanımı ve son 1 yıl içindeki düşme öyküsünün kırılgnlıkla ilişkili olduğu görülmüştür.⁽²⁰⁾

Avrupa'da 65 yaş ve üzeri bireylerin kırılgnlığını de-

ğerlendirmek için yapılan bir çalışmada ise yaşlı bireylerin %44.4'ünün kırılgnlık öncesi, %15.4'ünün kırılgnlık döneminde olduğu görülmüştür.⁽²¹⁾

Çin'de yapılan bir çalışmaya göre, kırılgnlık risk faktörleri, ileri yaş, kadın cinsiyet, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık ve 3 ve üzeri sayıda kronik hastalıktır.⁽²²⁾

Kırılgnlık, yaşlı bireyin fiziksel aktivitelerini kısıtlayarak bağımsızlığını ve yaşam kalitesini etkilediği için kırılgnlığın erken dönemde tanınması yaşlı birey için kritik önem taşımaktadır.⁽²³⁾

Kırılgnlığın Değerlendirilmesi

Kırılgnlığı tanılama, yüksek risk altındaki hastaların belirlenerek kırılgnlığın ilerlemesinin önlenmesine ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine olanak sağlamaktadır. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme yaşlı popülasyonu tanılamada geçerli bir yöntem olarak kabul edilmektedir.⁽²⁴⁾

Kırılgnlığın tanınmasında geliştirilmiş birçok ölçek bulunmaktadır. Ölçekler kapsamında, birey yürüme hızı, fiziksel kapasite, inkontinans durumu, kilo kaybı, kognitif düzeyi ve depresif semptomları olmak üzere birçok açıdan değerlendirilmektedir.⁽²³⁾ Asya Pasifik Klinik Uygulama Rehberi'nde kırılgnlığı tanılamada Tilburg Kırılgnlık Ölçeği, Rockwood ve Mitnitski's Kırılgnlık Ölçeği gibi geçerli bir ölçek kullanılması tavsiye edilmektedir.⁽²⁵⁾

Kırılgnlık ve Hemşirelik Bakımı

Kırılgnlığın multidisipliner ekip anlayışıyla yönetilmesi, yaşlı bireyin yaşam kalitesi ve sağlık çıktıları üzerinde olumlu sonuçlar sağlamaktadır. Bu ekip içinde, geriatri uzmanı, geriatri hemşiresi, fizik tedavi uzmanı, diyetisyen, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı yer almalıdır.⁽²³⁾

Hasta ve hasta yakınının eğitimi, kırılgn yaşlı bireylerde tedavi uyumunu ve girişimlerin etkinliğini arttırmaktadır. Hemşire, ilaç kullanımı, ilaç etkileri, yan etkileri ve ilaç dışı tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirme yapmalıdır.⁽²⁶⁾

Hemşire, yaşlı bireye hijyen gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili eğitim planlamalıdır.⁽²³⁾

Asya Pasifik Klinik Uygulama Rehberi'nde D vitamini eksikliği olan kırılğan yaşlı bireylere takviye D vitamini alımı, kilo kaybı olanlara ise kalori ve protein açısından zengin bir diyet önerilmektedir.⁽²⁵⁾ Kırılğan yaşlının diyetinin ve takviyelerinin uygun biçimde düzenlenmesi ve bu konuda bilgilendirilmesi gerekmektedir.⁽²⁷⁾

Hemşire, düşme riski açısından yaşlı bireyi değerlendirmeli ve risk faktörlerini belirleyerek iyileştirmeye yönelik bir bakım planı oluşturmalıdır. Hasta ve hasta yakınları da çevre düzeni ve düşme riski oluşturabilecek ilaçlar açısından bilgilendirilmelidir.⁽²⁶⁾

Fiziksel aktivite kırılğanlığın önlenmesinde önemli bir bileşen olduğu için yaşlı düzenli egzersiz yapmaya teşvik etmelidir.⁽²⁵⁾ Hastaneye yatış aşamasında hemşireler, hasta ve yakınlarını hastanın prognozu hakkında detaylı biçimde bilgilendirmeli ve destekleyici bir bakım ortamı sağlamalıdır.⁽²⁶⁾

Üriner İnkontinans

Üriner inkontinans, en sık görülen GS'ler arasında yer almakta ve yaşlı bireylerin sağlıkları ile ilgili en sık endişe duydukları durumlardan biri olarak kabul edilmektedir. Üriner inkontinans, yaşlı bireylerde mortalite ve morbiditeyi etkilediği kadar yaşam kalitesi, fiziksel ve psikososyal durumları da negatif yönde etkilemektedir.⁽⁶⁾ Üriner inkontinans sebebiyle yaşlı bireyde, denge problemleri, harekette azalma, düşme, fonksiyonel kapasitede düşüş, ciltte tahriş, depresyon, kişilerarası ilişkilerde azalma, sosyal izolasyon ve bağımlılık seviyelerinde artış gözlenmektedir.^(28, 29)

Türkiye'de bir geriatri polikliniğinde GS'lerin görülme sıklığının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerin %44.1'inde üriner inkontinans olduğu gözlenmiştir.⁽³⁰⁾ Çin'in kırsal kesiminde 65 yaş ve üzeri bireylerde üriner inkontinans görülme sıklığını değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada ise

1279 yaşlı bireyin %46.8'inde üriner inkontinans olduğu gözlenmiştir.⁽³¹⁾

Üriner inkontinans, alt üriner sistemde anatomik değişiklikler, fonksiyon kaybı, bilişsel fonksiyonlarda gerileme, ilaç kullanımı ve eşlik eden hastalıkların varlığıyla ilişkilidir. Üriner inkontinans, hem kadın hem erkeklerde görülmekte ve sıklığı yaşla birlikte artmaktadır.⁽³⁰⁾

Üriner İnkontinans Tipleri

Üriner inkontinansın en sık görülen 5 tipi fonksiyonel inkontinans, stres inkontinans, taşma inkontinansı, sıkışma tipi inkontinans ve miks inkontinansdır.⁽³²⁾

Fonksiyonel İnkontinans: İnkontinans, üriner sistem sorunlarından bağımsız olup fiziksel ya da kognitif bir neden kaynaklıdır.⁽³²⁾

Stres İnkontinans: Hapşırma, gülme gibi karın içi basıncın arttığı durumlarda gerçekleşen inkontinans tipidir. Sıklıkla genç ve orta yaşlı kadınlarda gözlenmektedir.⁽³³⁾

Taşma İnkontinansı: Mesanede tam boşalma gerçekleşememesine bağlı sıkışma hissi olmaksızın damla damla idrar kaçırma şeklinde gerçekleşir.⁽³⁴⁾

Sıkışma Tipi İnkontinans: Aniden ve güçlü bir biçimde gelen idrar yapma ihtiyacıyla birlikte kontrol edilemeyen idrar kaçırma şeklinde gerçekleşir. Yaşlı nüfus içinde en sık görülen inkontinans türlerinden biridir.⁽³³⁾

Miks Tip İnkontinans: Stres ve sıkışma inkontinansın birarada gözlendiği inkontinans tipidir.⁽³²⁾

Üriner İnkontinans Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Üriner inkontinans tedavisinde amaçlanan, kontinansı sürdürmektir. Üriner inkontinans tedavisinde, yaşam tarzı modifikasyonu ve konservatif tedavi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi yöntemlerinden yararlanılmaktadır.⁽³²⁾

Üriner İnkontinansa Yönelik Yaşam Tarzı Modifikasyonu ve Konservatif Tedaviler

Kilo Yönetimi: Kilolu bireyler, üriner inkontinans gelişimi açısından risk altındadır. Avrupa Üroloji Derneği İnkontinans Rehberi'nde kilo kontrolünün sağlanması tavsiye edilmektedir.⁽³⁵⁾

Fiziksel Aktivite: Düzenli yapılan fiziksel aktivite pelvik taban kaslarının güçlenmesine destek olarak üriner inkontinans riskini azaltmaktadır. Ancak ağır fiziksel aktivite kadınlar için tam tersi bir etki yaratabilmektedir.⁽³⁵⁾

Sigara: Avrupa Üroloji Derneği İnkontinans Rehberi'nde sigara kullanan üriner inkontinanslı bireylerin sigarayı bırakması yüksek düzeyde tavsiye edilmektedir.⁽³⁵⁾

Kafein Tüketimi: Alkol ve kafeinin kısıtlanması kontinansın sürdürülmesini desteklemektedir.⁽³³⁾

Diyet: Domates, şekerli gıdalar, bal, baharatlar ve asitli içecekler mesane irritasyonuna sebep olacağı için tüketiminin kısıtlanması önerilmektedir. Konstipasyonu önlemek amacıyla liften zengin gıdalar önerilmektedir.⁽³⁶⁾

Mesane Eğitimi: Mesane eğitiminin, özellikle sıkışma ve miks tip üriner inkontinansı olan bireylere ilk basamak tedavi olarak önerilmesi yüksek düzeyde tavsiye edilmektedir.⁽³⁵⁾

Pelvik Taban Kas Eğitimi (Kegel Egzersizi): Kegel egzersizi, pelvik taban kaslarını güçlendirerek inkontinansı azaltma ve bireyin yaşam kalitesini arttırmayı desteklemektedir.⁽³⁷⁾

Vajinal Kon: Vajinaya yerleştirilen konların 15-30 dakikalık süre boyunca hasta tarafından vajinada tutulması ile pelvik taban kaslarını hissederek kasılma gücünü arttırmayı amaçlayan bir yöntemdir.⁽³⁷⁾

Üriner İnkontinans ve İlaç Tedavisi

Yaşam tarzı modifikasyonu ve davranışsal terapilerin yeterli olmaması durumunda ilaç tedavisine başvurul-

maktadır. İlaç tedavisi ile istemsiz kasılmalar önlenerek üretra kapanma basıncında artış sağlamak hedeflenmektedir.⁽³⁴⁾

Tedavi planı inkontinans tipine göre belirlenmektedir. Tedavide sıklıkla antimuskarinik, alfa adrenerjik, beta adrenerjik, desmopresin ve östrojen grubu ilaçlar yer almaktadır.⁽³⁴⁾

Yaşlı hastalarda polifarmasi sık karşılaşılan bir durum olduğu için ilaç tedavisi planlanırken dikkatli olunmalıdır. Diüretik, lityum, gabapen gibi üriner inkontinansı ağırlaştırabilecek ilaç gruplarının kullanımı gözden geçirmelidir.⁽³²⁾

Üriner İnkontinans ve Cerrahi Tedavi

Üriner inkontinasta yaşam tarzı modifikasyonu, davranışsal terapi ve ilaç tedavilerine cevap alınmadığı durularda cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Cerrahinin tipi hastanın durumuna göre belirlenmektedir.⁽³⁸⁾

Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Bakımı

Üriner inkontinansın, yaşlı bireyin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmaya yönelik girişimleri planlamada sağlık profesyonellerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu sebeple hemşirelerin kanıt temelli bilgiler ışığında bireye özgü bakımı planlaması önem taşımaktadır.⁽³⁶⁾

Hemşireler, üriner inkontinansı olan bireylerde detaylı öykü ve fiziksel değerlendirme sonucu etkin bir bakım planı oluşturmalıdır.⁽³⁸⁾

Yaşlı bireyler, obezite ve kilo yönetiminin önemi ile ilgili bilgilendirilerek fiziksel aktivite ve dengeli bir diyetle yönlendirmelidir.⁽³⁴⁾

Mesane eğitimi verilmeli ve kegel egzersizleri öğretilmelidir.⁽³²⁾

Hemşireler, üriner inkontinansı olan bireylerde ilaç tedavisi ile ilgili eğitim vermeli, yan etkiler konusunda hastayı bilgilendirmelidir.⁽³⁸⁾

Hemşireler, cerrahi tedavi olmuş hastalarda ameliyat süreci ile ilgili bilgilendirme yaparak hastanın dikkat

etmesi gereken konular (yara bakımı, günlük hayata dönüş, kontrol tarihi) hakkında eğitim planlamalıdır.⁽³⁸⁾

Hemşireler, konstipasyonu önlemede diyet ve egzersizin önemi ilgili bilgi vermelidir.⁽³⁶⁾

SONUÇ VE ÖNERİLER

GS'lerin erken tanınması hasta sonuçlarında iyileşme, yaşam kalitesinde artış, fonksiyonel kapasite kayıplarının önlenmesi, hastane yatış ve acil servise başvuruların azaltılması ve sağlık harcamalarında düşüş ile sonuçlanacağından hayati öneme sahiptir. GS'lerin erken tanısı Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme ile mümkün olmaktadır. Bu sebeple geriatrik hastaya yaklaşımda multidisipliner ekip anlayışı benimsenmeli, ekip üyeleri GS'ler hakkında kapsamlı bilgi sahibi olmalıdır. Geriatri ekibi içerisinde önemli rolü bulunan hemşirelerin de GS'leri yakından tanınması, ekibin diğer üyeleriyle beraber belirlenmiş tedaviyi uygun biçimde uygulaması ve yaşlı bireye özgü hazırladığı bakım planını sürdürebilmesi, her aşamada yaşlı birey ve yakınları için eğitim planlaması yaşlı sağlığının korunması açısından önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Ageing and Health, 2020. Erişim Linki: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [Erişim Tarihi: 23.12.2021]
2. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2020. Erişim Linki: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-2020-37227#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Ya%C5%9F%C4%B1%20n%C3%BCfus%20olarak%20kabul%20edilen,%2C5'e%20y%C3%BCkseldi.> [Erişim Tarihi: 23.12.2021]
3. Düzgün G, Çınar D, Türeyen A. Acil servis hemşiresinde bilgi ve farkındalık gerektiren bir durum: Geriatrik sendromların değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2020; 12(2): 280-290. doi: 10.5336/nurses.2019-70057.
4. Kim S, Park J, Ahn H, Lee S, Yoo HJ, Yoo J, et al. Risk factors of geriatric syndromes in Korean population. Annals of Geriatric Medicine and Research. 2017; 21(3): 123-130. doi: 10.4235/agmr.2017.21.3.123.
5. Kim KJ, Shin J, Choi J, Park JM, Park HK, Lee J, et al. Association of geriatric syndromes with urinary incontinence according to sex and urinary-incontinence-related quality of life in older inpatients: A cross-sectional study of an acute care hospital. Korean J Fam Med. 2019; 40(4) :235-240. doi: 10.4082/kjfm.18.0011.
6. Meyer AM, Becker I, Siri G, Brinkköter PT, Benzing T, Pilotto A, et al. The prognostic significance of geriatric syndromes and resources. Aging Clinical and Experimental Research. 2020; 32(1): 115–124. doi: 10.1007/s40520-019-01168-9.
7. Ateş Bulut E, Soysal P, Işık AT. Frequency and coincidence of geriatric syndromes according to age groups: Single-center experience in Turkey between 2013 and 2017. Clinical Interventions in Aging. 2018; 13: 1899–1905. doi: 10.2147/CIA.S180281.
8. Chadborn NH, Goodman, C, Zubair M, Sousa L, Gladman JRF, Dening T, et al. Role of comprehensive geriatric assessment in healthcare of older people in UK care homes: Realist review. BMJ Open. 2019; 9(4): 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2018-026921.
9. Kim T, Choi SD, Xiong S. Epidemiology of fall and its socioeconomic risk factors in community-dwelling Korean elderly. Plos One 2020; 15(6): 1-14. doi: 10.1371/journal.pone.0234787.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Older Adult Fall Prevention. United States of America; 2020. Erişim Linki: <https://www.cdc.gov/falls/index.html> [Erişim Tarihi: 12.01.2022]
11. Gülhan Güner S, Nural N. Yaşlılarda düşme: Ülkemizde yapılmış tez çalışmaları kapsamında durum saptama. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017; 2(3): 9-15.
12. Biçer S, Demir G. Yaşlı bireylerde düşme ve kazalar. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2018; 11(2): 37-40.
13. Ağartıoğlu Kundakçı G, Yılmaz M, Sözen MK. Yaşlılarda düşme ve düşmeye ilişkin özelliklerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2018; 34(3): 73-88.
14. Bolding DJ, Corman E. Falls in the geriatric patients. Clin Geriatr Med. 2019; 35(1): 115–126. doi: 10.1016/j.cger.2018.08.010.
15. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Interventions to prevent falls in community-dwelling older adults: US preventive services task force recommendation statement. JAMA. 2018; 319(16): 1696-1704. doi: 10.1001/jama.2018.3097.

16. Öden TN, Yavuz Van Giersbergen M. Düşmeler ve düşmelere bağlı yaralanmaların azaltılması için kanıt temelli uygulama önerileri. *Sağ. Perf. Kal. Derg.* 2021; (18): 17-40.
17. Dhalwani NN, Fahami R, Sathanapally H, Seidu S, Davies MJ, Khunti K. Association between polypharmacy and falls in older adults: A longitudinal study from England. *BMJ Open.* 2017; 7(10): 1-8. doi:10.1136/bmjopen-2017-0163580.
18. National Institute for Health and Care Excellence. NICE Clinical Guideline, Assessment and Prevention of Falls in Older People. Manchester; 2013. Erişim Linki: file:///C:/Users/ASUS/Downloads/preventing-falls-in-older-people-preventing-falls-in-older-people-overview%20(2).pdf [Erişim Tarihi: 05.01.2022]
19. Stephan Y, Sutin AR, Canada B, Terracciano A. Personality and frailty: Evidence from four samples. *Journal of Research in Personality.* 2016; 66: 46-53. doi: 10.1016/j.jrp.2016.12.006.
20. Düzgün G, Üstündağ S, Karadakovan A. Yaşlılarda kırılmanın değerlendirilmesi. *Florence Nightingale J Nurs.* 2021; 29(1): 2-8. doi: 10.5152/FNJN.2021.414736.
21. Jazbar J, Pisek S, Locatelli I, Kos M. Prevalence and incidence of frailty among community-dwelling older adults in Slovenia. *Zdr Varst.* 2021; 60(3): 190-198. doi: 10.2478/sjph-2021-0027.
22. He B, Ma Y, Wang C, Jiang M, Geng C, Chang X, et al. Prevalence and risk factors for frailty among community dwelling older people in China: A systematic review and meta-analysis. *J Nutr Health Aging.* 2019; 23(5): 442-450. doi: 10.1007/s12603-019-1179-9.
23. Kapucu S, Ünver G. Kırılğan yaşlı ve hemşirelik bakımı. *Osmangazi Tıp Dergisi.* 2017; 39: 122-129. doi: 10.20515/otd.288967
24. Pritchard JM, Kennedy CC, Karampatos S, Ioannidis G, Misiaszek B, Marr S, et al. Measuring frailty in clinical practice: A comparison of physical frailty assessment methods in a geriatric out-patient clinic. *BMC Geriatrics.* 2017; 17: 1-8. doi: 10.1186/s12877-017-0623-0.
25. Dent E, Lien C, Lim WS, Wong WC, Wong CH, Ng TP, et al. The Asia-Pacific clinical practice guidelines for the management of frailty. *JAMDA.* 2017; 18(7): 564-575. doi: 10.1016/j.jamda.2017.04.018.
26. Uchmanowicz I, Jankowska-Polanska B, Wleklík, M, Lisiak M, Gobbens R. Frailty syndrome: Nursing interventions. *SAGE Open Nursing.* 2018; 4: 1-10. doi: 10.1177/2377960818759449.
27. Booker S, Bartoszczyk DA, Herr KA. Managing pain in frail elders. *Am Nurse Today.* 2016; 11(4): 1-13.
28. Başer Seçer M, Çeliker Tosun Ö, Seçer E. Yaşlılarda üriner inkontinansın fonksiyonel durum ve denge üzerine etkileri. *Journal of Geriatric Science* 2020; 3(1): 18-26.
29. Eshkoo SA, Hamid TA, Shahar S, Mun CY. Factors related to urinary incontinence among the Malaysian elderly. *J Nutr Health Aging.* 2017; 21(2): 220-226. doi: 10.1007/s12603-016-0779-x.
30. Kaya D, Koçyiğit SE, Dokuzlar Ö, Soysal P, Işık AT. Geriatri poliklinik olgularında geriatrik sendromlar: 1048 olgunun analizi. *Ege Journal of Medicine.* 2018; 57(1): 31-35.
31. Luo Y, Zou P, Wang K, Li X, Wang J. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among elderly adults in rural China. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing.* 2022; 49(1): 78-86. doi: 10.1097/WON.0000000000000829.
32. Shaw S, Wagg A. Urinary incontinence in older adults. *Medicine in Older Adults.* 2016; 45(1): 23-27. doi: 10.1016/j.mpmed.2016.10.001.
33. Çulha MG. Geriatrik hastalarda üriner inkontinans tedavisinde püf noktaları. *Kontinans ve Nöroüroloji Bülteni.* 2019; 6:27-32.
34. Yıldız Ş, Turan Z. Üriner inkontinansı olan kadınlarda hemşirelik yaklaşımları. *SAUHSD.* 2021; 4(3): 155-166. doi: 10.54803/sauhsd.1017030.
35. Nambiar AK, Bosch R, Cruz F, Lemack GE, Thiruchelvam N, Tubaro A, et al. EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *European Urology.* 2018; 73(4): 596-609. doi: 10.1016/j.eururo.2017.12.031.
36. Kadioğlu M, Kızılkaya Beji N. İnkontinans tedavisinde önerilen yaşam biçimi uygulamalarına güncel yaklaşım. *HSP.* 2016; 3(3): 201-207. doi: 10.17681/hsp.52539.
37. Gümüşsoy S, Kavlak O. Kadınlarda üriner inkontinansın birinci basamak tedavisinde konservatif yöntemler. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi.* 2016; 8(6): 6-14.
38. Özcan M, Kapucu S. Üriner inkontinansı olan geriatrik hastalara hemşirelik yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2014; 1(2): 101-109.